



Edito

Nouveaux vaccins : l'importance d'une bonne communication

Il est arrivé récemment, à plusieurs reprises, qu'une controverse à l'égard d'une vaccination entraîne une forte baisse de couverture vaccinale. Il est important de tirer les leçons de ces incidents pour les nouveaux vaccins contre l'HPV.

Nous devons éviter qu'une introduction et un marketing de vaccins trop hâtifs ou maladroits, ou une erreur de communication, ne remettent en cause la confiance du public à l'égard de ces vaccins et de la vaccination en général. Il est essentiel d'avoir une communication directe, proactive et claire, basée sur des preuves dignes de foi et des données scientifiques qui sont facilement disponibles, afin de pouvoir réagir à temps ou de prévenir une crise vaccinale. La décision d'implanter un programme vaccinal doit s'appuyer sur des données épidémiologiques relatives à l'incidence et à la gravité d'une maladie infectieuse, sur une analyse objective du coût et des bénéfices, ainsi que sur des études de coût/efficacité. Toutes les données sur l'efficacité, la sécurité, les effets indésirables potentiels et les risques, doivent être clairement communiquées. Comme c'est la règle actuellement avec les vaccins récemment introduits, un suivi continu de la sécurité et de l'efficacité des vaccins doit être instauré dès qu'ils sont mis sur le marché. In fine, la politique de vaccination et les recommandations doivent reposer sur des données scientifiques sérieuses et être édictées dans un climat serein.

Sommaire Sommaire

Edito p. 1 - 3

Médecins généralistes p. 3 - 6

Rougeole p. 6 - 7

Rotavirus p. 8

Nouveaux vaccins : l'importance d'une bonne communication

Couverture vaccinale

Epidémies en Europe

Analyse coût/efficacité

Les nouveaux vaccins contre le papillomavirus humain (HPV) méritent une communication univoque. Ces vaccins, innovants et pleins de promesses, ont aussi leurs limites. Toute exagération vis-à-vis des effets attendus ou des groupes cibles, n'amènera que confusion et incompréhension, aussi bien parmi le grand public que parmi les professionnels de la santé. Nous ne pouvons assez souligner combien il sera important d'insister dans la communication sur le fait que la vaccination contre l'HPV n'est pas un but en soi, mais doit s'insérer dans un programme plus large de prévention du cancer du col de l'utérus.

Selon le *Global Advisory Committee on Vaccine Safety* (GACVS www.who.int/vaccine_safety/en) de l'OMS, les programmes de vaccination visant les adolescents et les jeunes adultes doivent s'appuyer sur des données documentées de santé spécifiques de ces groupes d'âge : ceci permet de suivre les effets de la vaccination et de différencier des facteurs de causalité de facteurs de coïncidence.

Aux Etats-Unis, une étude rétrospective a été menée à partir de données d'organismes assureurs, pour interpréter de possibles associations de hasard entre le vaccin et des maladies auto-immunes. Il en ressort qu'en se basant sur les chiffres d'incidence courante (sans lien avec une vaccination) chez les adolescentes et qu'en supposant une couverture vaccinale moyenne de 80%

de ces adolescentes par le vaccin contre l'HPV, on devrait s'attendre à ce que 3 pour 100.000 nécessitent dans les 24 h après vaccination des soins médicaux urgents, en raison d'asthme ou d'allergie, et 2 pour 100.000 dans la semaine pour diabète. Par ailleurs, 11/100.000 adolescentes, et même 151/100.000 femmes, seraient hospitalisées dans les 6 semaines en raison d'une affection auto-immune. Sans prise de conscience des chiffres d'incidence permanente de ces incidents médicaux, chacun d'entre eux pourrait concourir à une perception d'association causale. Il est évident que de telles données scientifiques sont importantes pour contrer une possible critique infondée sur la sécurité du vaccin et même, en cas de plaintes, une action en justice.

■ Connaissance de l'infection

Jusqu'à un certain point, la vaccination est victime de son propre succès : comme les maladies contre lesquelles on vaccine surviennent beaucoup moins fréquemment, ces maladies et leurs séquelles perdent en visibilité. Les images de salles d'hôpitaux remplies d'enfants sous respirateur,

suite à une poliomyélite, appartiennent heureusement au passé. De nombreux médecins également connaissent des maladies comme la coqueluche, la rougeole et la poliomyélite, uniquement par le visionnement d'une vidéo au cours de leurs études. Ils n'y sont pas ou rarement confrontés dans leur pratique. Par ailleurs, le lien n'est pas évident entre des affections à première vue innocente comme l'hépatite B et l'HPV, et les cancers qui en sont la conséquence des années plus tard. Il est clair que lorsque le grand public et les professionnels de la santé ne perçoivent plus combien certaines infections peuvent être graves, ils admettent plus difficilement les avantages de la vaccination et accordent plus d'importance aux inconvénients supposés. Ainsi, des études ont montré que beaucoup de parents ne connaissent pas le rôle du papillomavirus, dans la genèse du cancer du col.

■ Opposants à la vaccination

L'introduction de la vaccination contre l'HPV intervient dans un contexte de réticence croissante vis-à-vis des vaccins pédiatriques et de multiplication des informations trompeuses sur les vaccinations, entre autres via Internet. Le flux planétaire d'informations sur les aspects de sécurité des vaccins exige une approche globale comme, par exemple, le *Vaccine Safety Net Project* du *Global Advisory Committee on Vaccine Safety* de l'OMS www.who.int/immunization_safety/safety_quality/vaccine_safety_websites/en/index.html.

Les groupes opposés à la vaccination sont souvent très bien organisés. Ils peuvent compter sur le soutien de divers alliés: les parents de personnes qui ont été confrontées à des effets indésirables, réels ou supposés, suite à un vaccin ; les personnes qui ont des convictions religieuses ou philosophiques opposées à la vaccination ; les personnes adeptes des médecines alternatives ou " naturelles " ; les personnes qui adhèrent aux théories de

complots ou qui s'opposent à l'im-mixtion des autorités dans le domaine de la santé ; des bureaux d'avocats et d'autres individus ayant certains intérêts financiers ou politiques, etc.

Une approche commune à tous ces groupes d'opposants à la vaccination est la focalisation sur les séquelles (souvent non prouvées) occasionnées par la vaccination et la militance pour le refus de la vaccination. Ce sont souvent des scientifiques et des médecins qui sont à la base de communications sur de supposés effets secondaires de la vaccination ; des affections ou syndromes dont l'origine n'est pas encore connue sont mis en lien avec la vaccination (comme le diabète, l'autisme, les affections neurologiques, le syndrome de fatigue chronique, l'alopécie, etc).

■ Le vaccin contre l'HPV

Le fait que le papillomavirus représente une maladie sexuellement transmissible et que la vaccination contre l'HPV soit recommandée avant le début de l'activité sexuelle est considéré par certains parents comme une incitation à des comportements à risque. Cette perception peut constituer un sérieux frein à l'acceptabilité du vaccin. Une enquête auprès de pédiatres américains (avant l'introduction du vaccin) montrait que moins de la moitié proposerait le vaccin à des filles âgées de 10 à 12 ans. Soixante pourcents étaient d'avis que les parents considéreraient la vaccination contre l'HPV comme un encouragement à la prise de risques sexuels.

Complémentairement aux parents et aux professionnels de la santé, les adolescents doivent être convaincus eux-mêmes des avantages de la vaccination. L'idée fausse que la vaccination est réservée aux nourrissons et aux jeunes enfants circule encore trop souvent. Dans un avenir proche, les adolescents seront de plus en plus souvent confrontés aux vaccins : rattrapage (p.e. RRO), rappels (diphthérie, tétanos et coqueluche), et nouveaux vaccins (comme celui contre l'HPV)

spécifiquement adressés aux adolescents.

Une étude au Danemark a montré que beaucoup de questions subsistent parmi les jeunes, et surtout parmi leurs parents, quant aux avantages et à la sécurité de la vaccination contre l'HPV et qu'une bonne information est très importante. Le fait que les infections à HPV soient transmises sexuellement n'était pas un obstacle, dans cette étude, pour les parents ou les adolescents.

■ Conclusion

Les stratégies et les techniques de marketing provocatrices peuvent porter atteinte à la confiance du public. La promotion agressive de la vaccination contre l'HPV aux Etats-Unis, qui s'efforçait de rendre obligatoire le vaccin dans certains Etats, a dû être rapidement abandonnée lorsque des liens apparurent entre des politiques et un producteur de vaccin. Ces faits discréditaient aussi bien le vaccin lui-même que l'ensemble du programme de vaccination. On ne peut considérer comme un danger imaginaire le fait que ce type d'incidents amène une disparition de la confiance vis-à-vis de la vaccination contre l'HPV, et éventuellement même vis-à-vis d'autres vaccinations. Comme A. Raffel l'argumentait récemment dans le *British Medical Journal* (BMJ 2007; 335: 375-377), le lancement prématuré d'un programme de vaccination aboutit à une couverture vaccinale basse, à un taux de dépistage bas, à une confusion importante parmi le public, à des informations alarmantes sur les effets secondaires et finalement à la mise en danger du programme.

Bien que des effets secondaires puissent parfois survenir après une vaccination, il est bien établi que la vaccination réduit la mortalité et la morbidité et représente l'un des plus grands succès de l'histoire de la médecine. Le maintien de la confiance du public vis-à-vis de l'efficacité et de la sécurité de la vaccination est crucial. C'est le devoir de tout scientifique, autorité,

producteur et professionnel de la santé d'y contribuer.

*Alex Vorsters & Pierre Van Damme
Centre for the Evaluation of
Vaccination; Vaccines & Infectious
Diseases Institute; University of Antwerp*

HPV : le point sur les chiffres

La publication récente d'un rapport du KCE* sur la vaccination contre l'HPV soulève la question de l'impact précis attendu de cette vaccination. Les vaccins disponibles contre le papillomavirus humain visent tous deux la protection contre les HPV 16 et 18. Le Gardasil™ vise en outre la protection contre les HPV non oncogènes 6 et 11. Les études cliniques ont montré que ces deux vaccins offrent une protection de près de 100% contre les lésions cervicales intraépithéliales de haut grade (CIN 2 et CIN 3) - et donc contre le carcinome épidermoïde invasif-provoqués par ces deux types d'HPV.

Si l'on tient compte que les types 16 et 18 sont responsables d'environ 70% des cancers du col, on peut en déduire un taux de protection théorique de \pm 70% lors d'une vaccination généralisée des femmes indemnes de toute infection (comme c'est le cas chez les jeunes filles avant le début de la vie sexuelle). Le rapport récent du KCE éclaire autrement ces chiffres : «...avec les techniques de détection plus récentes, il est devenu apparent que dans plusieurs cancers contenant le HPV16/18, d'autres génotypes de HPV à haut risque peuvent être présents. Dans ces cas, l'attribution des lésions à un génotype unique n'est pas possible et même une élimination totale du type 16/18 peut ne pas être suffisante pour éviter le cancer. En d'autres termes, la proportion de cancer du col de l'utérus contenant uniquement le type 16/18 comme type à haut risque pourrait ne pas dépasser les 60%». Selon le KCE, «les vaccins actuels contre le HPV sont seulement efficaces dans la prévention de l'infection par les génotypes HPV couverts par le vaccin et des lésions cervicales précancéreuses liées à ces génotypes, chez les femmes non

encore infectées par ces génotypes. Chez ces femmes, 46% des lésions précancéreuses causées par tout génotype HPV sont évitées». Pour éviter tout malentendu, il est important de comprendre la signification de ces 46%. Il s'agit de l'effet estimé de la vaccination contre l'HPV, sur base des données actuelles quant à l'effet d'une vaccination universelle d'une population sexuellement active de jeunes femmes de 16 à 26 ans, pour la prévention du cancer du col provoqué par tous types d'HPV (et donc pas seulement de l'effet sur les cancers causés par les types 16 et/ou 18 inclus dans les vaccins, plus particulièrement en cas de vaccination universelle des adolescentes non sexuellement actives). Une vaccination chez une femme infectée par l'un des deux types de virus (donc HPV DNA positive) n'est pas efficace contre le virus infectant. Une étude récente a montré qu'environ 7% des femmes âgées de 15 à 25 ans sont, à un moment déterminé, DNA positives pour l'HPV 16 ou 18 et 0,5% DNA positives pour les deux types. On manque actuellement de données claires sur l'effet de la vaccination chez les femmes qui ont déjà contracté une infection par HPV, mais qui ont éliminé le virus (sérologie positive, mais HPV DNA négative).

Conclusion

Si l'on considère l'ensemble de la population constituée par toutes les femmes, indépendamment du fait qu'elles aient été ou non infectées préalablement par le virus HPV et si l'on tient compte de tous les types d'HPV à haut risque pour le cancer du col, la protection conférée par les vaccins existant peut être estimée à environ 50% de tous les cancers du col. Mais les deux vaccins, couvrant les HPV 16 et 18, offrent bien une protection de près de 100% contre ces deux types d'HPV chez les femmes qui n'ont jamais été préalablement infectées par ceux-ci.

Remboursement Gardasil

Depuis le 1er novembre, le Gardasil™, un des deux vaccins actuellement disponibles en Belgique, est remboursé

par l'INAMI. Le Cervarix™ disponible depuis le 1er octobre ne bénéficie pas encore de ce remboursement. Le Gardasil™ coûtera 10,60 € par dose (soit 31,8 € pour la vaccination complète) aux personnes bénéficiant du remboursement. Ces chiffres sont respectivement de 7,10 et de 21,30 € pour les bénéficiaires du statut OMNIO. Le remboursement est prévu uniquement pour les vaccins prescrits pour les jeunes filles qui, au moment de la première administration, ont un âge compris entre 12 ans et 15 ans révolus. Ce qui signifie concrètement qu'une jeune fille âgée de 16 ans, mais qui a reçu son premier vaccin avant son seizième anniversaire, pourra obtenir le remboursement des deux doses suivantes. Par contre, les jeunes filles qui ont reçu leur première dose avant d'avoir 12 ans ne pourront pas obtenir le remboursement des deux doses suivantes. Gardasil™ doit être prescrit par le médecin et est délivré en pharmacie. Trois doses maximum peuvent être prescrites par patiente. Le médecin doit tenir compte de l'âge de la patiente et préciser sur la prescription «1ère, 2ème ou 3ème dose». Pour la 2ème et la 3ème dose, le prescripteur doit mentionner la date d'administration respectivement de la 1ère et de la 2ème dose. Dans ces conditions, le pharmacien applique le tiers payant. La vaccination doit être consignée dans le dossier médical de la patiente.

*Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique: *Health Technology Assessment. KCE reports vol. 64B.*

Généralistes

Couverture vaccinale

Les médecins généralistes, par leurs contacts multiples, peuvent être le "réservoir" de certains agents infectieux qu'ils peuvent transmettre à leurs patients. Ils sont par ailleurs plus susceptibles de déve-

lopper personnellement certaines maladies infectieuses (par exemple via une piqûre accidentelle avec risque entre autres d'hépatite B).

Le Conseil Supérieur de la Santé et le Fonds des maladies professionnelles préconisent donc certains vaccins pour les professionnels. Par ailleurs, le médecin généraliste joue un rôle central pour optimiser la couverture vaccinale de la population. Il est admis que l'attitude du médecin généraliste par rapport à la vaccination est en partie reflétée par son statut vaccinal personnel.

■ Contexte général

Peu de données sur la couverture vaccinale des médecins sont disponibles en Belgique. Une étude faite en 2004-2005 en collaboration entre le Département de Médecine Générale (DMG) de l'ULB, le Centre Universitaire de Médecine Générale de l'UCL et le DMG de l'ULg analyse le statut vaccinal des médecins francophones belges et les raisons de leur non vaccination éventuelle. Les questionnaires ont été envoyés par voie postale en novembre 2004 à un échantillon aléatoire de mille deux cent vingt (1220) médecins généralistes en activité. Ce chiffre correspond à 20% de la population visée par l'étude. Le taux de réponse élevé à l'enquête (730 questionnaires ont été analysés, soit un taux de réponse de 60,83%) permet de tirer des conclusions statistiquement significatives quant à la couverture vaccinale pour une liste exhaustive de vaccins. Une majorité d'hommes (68%) de plus de 50 ans (51%) a répondu au questionnaire. Les femmes sont sous-représentées (32%) et plus jeunes : 63% des femmes ont entre 35 et 50 ans. Une majorité des hommes (75%) et des femmes (53%) travaillent en solo.

■ Résultats

Grippe

La vaccination contre la grippe des professionnels de santé a un double

objectif : réduire le risque de contracter soi-même la grippe et réduire le risque de transmettre le virus aux personnes fragilisées. Il est actuellement admis que la vaccination anti-influenza du personnel soignant est associée à une baisse de la mortalité parmi les patients. Il est donc recommandé aux soignants de se faire vacciner contre la grippe, surtout s'ils sont en contact avec des personnes âgées et/ou fragilisées.

Dans notre étude, la majorité des médecins (67%) se considèrent en ordre de vaccination contre la grippe. Ce taux est plus important que celui retrouvé dans d'autres études belges (30 à 54%) réalisées cependant à plus petite «envergure», mais dans un public plus ciblé (médecins vigies, médecins en maison de repos,...). Une majorité de répondants (60%) se fait vacciner systématiquement chaque année.

Les raisons de non vaccination chez les médecins ne réalisant pas systématiquement chaque année le vaccin sont diverses. On retrouve principalement : être trop jeune, ne jamais avoir fait la grippe, être en bonne santé, s'immuniser par contact fréquent, etc. Il semble dès lors que les médecins ne se faisant pas vacciner négligent le risque de portage asymptomatique et de transmission à des personnes fragilisées.

Tétanos

La vaccination contre le tétanos des professionnels de santé a pour objectif de réduire le risque de contracter soi-même la maladie. Il n'existe aucune donnée concernant la couverture vaccinale des médecins généralistes ou l'incidence du tétanos chez le personnel soignant. Un risque potentiel de contamination lors de la prise en charge des plaies (par piqûres accidentelles par exemple) est présent. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande à toute personne la vaccination de rappel tous les 10 ans.

Dans notre étude, 83% des médecins se considèrent en ordre de vaccination antitétanique. Chez près de 80% des médecins, la vaccination remonte à moins de 10 ans. 41% des médecins ne

se considérant pas en ordre de vaccination ne comptent pas faire la vaccination ; les principales raisons évoquées sont de se faire vacciner en cas de blessure ou «l'oubli».

Près d'un tiers des médecins interrogés pensent que le vaccin protège plus de 10 ans.

Hépatite B

Lors d'une piqûre accidentelle, la transmission de l'hépatite B est un risque important. Résistant, le VHB survit en outre longtemps sur les surfaces. Le risque d'exposition à une source infectée est de 10% à 30% et dépend du statut sérologique de «l'individu source» : les personnes ayant un AgHBS positif et un AgHBe positif ont plus de virus dans leur sang et sont donc plus susceptibles de transmettre l'hépatite B que les personnes AgHBe négative. L'hépatite B est une des maladies infectieuses professionnelles les plus fréquentes chez le personnel soignant.

Vu le risque d'exposition accidentelle au virus de l'hépatite B, le vaccin contre l'hépatite B est une nécessité pour toute personne en contact avec du sang, du liquide ou des objets potentiellement contaminants. Pour le personnel médical, il est souhaitable de pouvoir confirmer le développement d'anticorps par un prélèvement sanguin effectué 4 à 6 semaines après la dernière dose de vaccin. Si un taux d'anticorps supérieur à 10UI/ml est présent, on peut en pratique estimer que le professionnel est protégé à vie tant contre les formes symptomatiques que contre le portage chronique du virus VHB.

Dans notre étude, près de 73% des médecins se considèrent en ordre de vaccination contre l'hépatite B. Les médecins âgés de moins de 35 ans se considèrent plus fréquemment en ordre de vaccination que les autres groupes d'âge, ceci pouvant être expliqué par une vaccination systématique ces dernières années, via la médecine du travail, des étudiants en médecine lors de leur stage hospitalier ou en médecine générale. Cela semble être confir-

mé par le fait que deux tiers des médecins vaccinés ont reçu le vaccin VHB il y a moins de 10 ans. La majorité des médecins (79%) ont fait un contrôle sanguin de leur protection après vaccination anti-VHB.

Près de 53% des médecins pensent que le vaccin protège à vie, 23% entre 10 et 20 ans et 14% entre 5 et 10 ans.

Rubéole

La vaccination contre la rubéole des professionnels de santé a comme objectif de réduire le risque, d'une part, de contracter soi-même la maladie et, d'autre part, de transmettre le virus aux jeunes enfants et aux femmes enceintes. En Belgique, seule l'infection congénitale doit être déclarée et les données épidémiologiques sont peu fiables. Il n'existe actuellement aucune donnée dans la littérature sur la couverture vaccinale du personnel soignant en Belgique. Le portage symptomatique ou asymptomatique peut être à l'origine d'infection chez les patients avec lesquels le professionnel est en contact. Comme la contagiosité peut se faire avant le début des symptômes cliniques, le risque de transmission de l'infection par le professionnel de la santé est élevé. En outre, il est recommandé aux soignantes non protégées, tout particulièrement le personnel affecté aux services de maternité, de pédiatrie et des maladies infectieuses, de se faire vacciner contre la rubéole.

Notre enquête montre que dans la majorité des cas (67%), les médecins n'ont pas été vaccinés contre la rubéole. Les médecins les mieux vaccinés seraient les femmes (71%), les moins de 35 ans (75%). Dans 80% des cas, la vaccination remonte à plus de 20 ans.

Il y a donc une nette sous-vaccination des médecins contre la rubéole, probablement par mauvaise connaissance du risque encouru par les patients ou parce que ces médecins ne sont pas en contact avec les services de maternité, de pédiatrie et des maladies infectieuses. La vaccination contre la rubéole étant couplée à la vaccination contre la rougeole, il semble donc également

que la couverture vaccinale contre cette infection soit insuffisante. Pourtant, la vaccination contre la rougeole d'un professionnel de santé a comme objectif de réduire le risque de contracter soi-même la maladie et de transmettre le virus aux jeunes enfants et aux personnes à risques, et d'un point de vue global d'éradiquer la maladie.

Près de 60% des médecins interrogés pensent que la vaccination contre la rubéole offre une protection à vie.

Coqueluche

Aucune étude n'a été réalisée pour évaluer la couverture vaccinale des professionnels de la santé contre la coqueluche et pour démontrer une possible contamination des soignants en contact avec les nourrissons et les jeunes enfants. Cependant, vu l'augmentation actuelle des cas de coqueluche en Belgique et la diminution, voire disparition, des anticorps anticoquelucheux dans les 5 à 10 ans après vaccination, les adultes sont particulièrement susceptibles à cette maladie. Les professionnels de la santé peuvent être les vecteurs éventuels de cette maladie, sans doute évitable par leur vaccination.

Le Conseil Supérieur de la Santé conseille de proposer la vaccination aux personnes en contact avec les nourrissons et aux personnes n'ayant pas eu une vaccination complète dans l'enfance. Une attention toute particulière sera portée aux adultes en contact avec les nourrissons. Cependant, si la réponse en anticorps a été bien démontrée chez l'adulte, le pouvoir protecteur et l'effet sur le portage pharyngé demandent encore confirmation.

Dans notre enquête, 43% des médecins interrogés ne se considèrent pas en ordre de vaccination, 36% se considèrent en ordre et 21% ne le savent pas. Les médecins de plus de 50 ans se considèrent significativement moins bien vaccinés que ceux de moins de 50 ans.

Le dernier vaccin contre la coqueluche remonte à plus de 20 ans chez 76% des médecins se considérant en ordre de

vaccination et près de 89% des médecins interrogés ne comptent pas faire le vaccin contre la coqueluche dans les 12 prochains mois. Quant à la durée maximale de protection du vaccin, 30% des médecins interrogés pensent qu'elle est à vie, 31% qu'elle est comprise entre 10 ans et 20 ans et 14% entre 5 et 10 ans. Près de 23% n'ont aucune idée de la durée de protection du vaccin. Il y a donc une nette sous-vaccination et une mauvaise couverture protectrice contre la coqueluche chez les professionnels de la santé.

Poliomyélite

Il n'y pas de risque professionnel lié à la poliomyélite. Il n'existe pas d'étude en Belgique sur la couverture vaccinale des professionnels de la santé.

Dans notre enquête, 74% des médecins interrogés se considèrent en ordre de vaccination. Dans 62% des cas, le dernier vaccin remonte à plus de 20 ans. 37% des médecins pensent que le vaccin protège à vie, 36% de 10 à 20 ans et 16% de 5 à 10 ans.

Diphtérie

Il n'y pas de risque professionnel lié à la diphtérie. Il n'existe pas d'étude en Belgique sur la couverture vaccinale des professionnels de la santé. Une majorité de médecin (69%) se considère en ordre de vaccination contre la diphtérie. Dans 32% des cas, le dernier vaccin remonte à moins de 5 ans, dans 27% entre 5 et 10 ans et dans 28% à plus de 20 ans. On observe que la majorité des médecins se considérant en ordre de vaccination ont fait cette vaccination il y a moins de 10 ans (82%) et que les médecins ne se considérant pas en ordre de vaccination ont une vaccination remontant à plus de 20 ans (96%).

Près de 42% des médecins interrogés pensent que le vaccin protège entre 10 et 20 ans, 41% entre 5 et 10 ans.

Autres vaccinations

54% des médecins se disent vaccinés contre d'autres pathologies : l'hépatite A (35%), la fièvre jaune (21%), la

fièvre typhoïde (13%), le BCG (9%), le pneumocoque (7%), la méningite et variole (5%).

■ Conclusion

En Communauté française, la couverture vaccinale des médecins généralistes contre la grippe (67%), le tétanos (83%) et l'hépatite B (73%) est, dans cette étude, supérieure ou égale aux autres études belges et internationales.

Ces résultats nous montrent que les médecins généralistes sont attentifs au risque professionnel qu'ils encourent face à la grippe et à l'hépatite B. Mais ils ne nous permettent pas d'analyser s'ils ont conscience du risque d'être un «réservoir» de maladies infectieuses pour les patients (surtout fragilisés) avec qui ils sont en contact. Une mauvaise couverture vaccinale est observée concernant la rubéole et la coqueluche.

*Dr. Pascal Semaille - DMG - ULB
Dr. Patrick Trefois*

Référence

P.Semaille, Catherine Gourbin, Delphine Legrand, Aurelia Meyer, Michel Roland, Dominique Paulus, Corine Boüüaert, Patrick Tréfois. Evaluation de la couverture vaccinale des médecins généralistes en Communauté Française et région de Bruxelles Capitale. Rev Med Brux 2006 ; 27:292-302.

Pour la pratique

La vaccination des médecins généralistes représente une problématique importante pour trois raisons :

- le médecin généraliste peut être un réservoir de maladies infectieuses pour les patients (surtout fragilisés) avec qui il est en contact ;
- l'attitude du médecin généraliste par rapport à la vaccination (et la sienne en particulier) influence ses actes préventifs et par-là même la couverture vaccinale de la population ;
- le médecin généraliste est en contact fréquent avec divers agents infectieux et peut être lui-même contaminé.

Pour les médecins généralistes, les vaccinations conseillées sont :

- Grippe : une vaccination annuelle, à l'automne
- Tétanos – diphtérie : comme pour tout individu, une vaccination de rappel tous les 10 ans. Lors de l'injection de rappel, chez la personne complètement vaccinée antérieurement il y a plus de 20 ans, 2 injections à 6 mois d'intervalle sont recommandées. Si des doutes persistent sur une vaccination de base antérieure, une primo-vaccination en 3 doses (0, 1 et 12 mois) est recommandée.
- Hépatite B : une vaccination complète (3 doses selon le schéma 0, 1 et 6 mois ou 4 doses selon le schéma 0, 1, 2 et 12 mois), avec contrôle des anticorps 4 à 12 semaines après la dernière dose. Si taux d'anticorps supérieur à 10UI/ml : protection à vie.
- Coqueluche : une dose de rappel à l'âge adulte (en combinaison avec la vaccination diphtérie – tétanos).
- Rubéole : une dose de rattrapage (en combinaison avec la vaccination rougeole et oreillons) si le médecin n'a pas reçu deux doses dans l'enfance (selon le calendrier recommandé : à 12-15 mois et à 11-12 ans).

Rougeole

Épidémies en Europe

Des épidémies de rougeole ont été régulièrement identifiées en Europe au cours des dernières années.

Durant les deux années écoulées, des poussées épidémiques importantes ont été constatées en Roumanie et en Ukraine, entraînant des poussées également dans d'autres pays européens ayant de bonnes couvertures vaccinales, comme l'Estonie, l'Allemagne, la Lettonie, le Portugal, la Pologne, l'Italie et l'Espagne. Au Japon aussi, on évoque une augmentation du nombre de cas de

rougeole : entre le 1er janvier et mai 2007, 691 cas ont été déclarés, contre 537 en 2005 et 519 en 2006. Au cours de cette même période, 208 cas concernaient des adolescents et des jeunes adultes. La plupart des cas étaient situés à Tokyo et dans ses environs.

Angleterre, Norvège et Israël

La Health Protection Agency britannique (HPA) a signalé, entre fin mars et fin août 2007, 480 cas de rougeole. C'est une augmentation sensible par rapport à la même période de 2006, puisque 756 cas étaient déclarés pour toute l'année, ce qui représentait le chiffre le plus élevé depuis plus de 10 ans. La HPA a donc lancé un appel à vacciner tous les enfants au début de l'année scolaire. Une première épidémie de rougeole avait été identifiée parmi des Irlandais vivant en roulotte, dans 6 lieux distincts en Angleterre. À la fin août, 187 cas étaient recensés sur base des symptômes et/ou d'une investigation sérologique.

En Norvège, durant la même période, 16 cas étaient identifiés parmi des Irlandais non-vaccinés, résidant en roulotte, qui avaient transité par l'Angleterre avant de séjourner en Norvège. La source de contamination était vraisemblablement un autre groupe d'Irlandais habitant en roulotte et ayant séjourné à Londres en avril 2007. Les personnes infectées étaient âgées de 2 mois à 21 ans ; la plupart avaient moins de 14 ans. Dans tous les cas, il s'agissait de personnes non ou incomplètement vaccinées (ou de personnes dont l'état vaccinal était inconnu). En 2006, une poussée épidémique (plus de 700 cas) avait déjà été constatée parmi des Irlandais se déplaçant en roulotte en Angleterre.

Un deuxième foyer de rougeole a été identifié en mai 2007 dans une communauté juive ultra-orthodoxe du nord de Londres. Ici, ce sont 105 cas qui ont été déclarés jusqu'au mois d'août, dont la moitié chez des enfants de moins de 4 ans. Il s'agissait pour la plupart de personnes non ou incomplètement vaccinées. En août 2007, une épidémie

naissait parmi une communauté juive ultra-orthodoxe en Israël. Jusqu'à présent, 50 cas ont été déclarés, pratiquement tous chez des personnes ayant assisté à un mariage le 1er août à Jérusalem. La source de contamination était un jeune Juif britannique âgé de 22 ans et non-vacciné, invité à ce mariage. Quelques autres cas ont été identifiés, avec pour origine un enfant juif âgé de 3 ans présent à une autre fête de mariage, où une famille juive londonienne était invitée. Le génotype du virus était D4, responsable également des poussées épidémiques en Angleterre et en Norvège.

Suisse

En Suisse, ce sont 483 cas de rougeole qui ont été déclarés entre novembre 2006 et juillet 2007; 279 d'entre eux (58%) étaient localisés dans le Canton de Lucerne. À Bern (principalement autour de Biel), on dénombrait 68 cas, 37 à Genève et 26 à Zoug. Des cas étaient déclarés dans 19 des 26 Cantons suisses.

L'incidence de la rougeole durant ces 8 mois atteignait 6,5/100.000 habitants. A Lucerne, chez les enfants de moins de 16 ans, elle atteignait 343/100.000. Cinquante-trois pourcents des malades étaient du sexe masculin, et la moitié âgée de 5 à 14 ans ; 28% avaient plus de 16 ans. Dix pourcents des malades ont dû être hospitalisés et 15% ont présenté des complications comme une encéphalite, une pneumonie ou une otite moyenne. Parmi les personnes infectées, 87% n'étaient pas vaccinées ; pour 7%, l'état vaccinal n'était pas connu. Bien qu'aucun lien épidémiologique n'ait pu être trouvé entre les différentes épidémies, il s'agissait dans la grande majorité des cas d'un virus de génotype D5 (précisément le même type qui fut à l'origine l'année dernière d'une grosse épidémie au Japon et, via importation par un étudiant japonais, en début 2007 au Canada). L'hypothèse la plus probable est que le virus D5 a été importé en Suisse depuis le Japon.

Les Pouilles (Italie)

On a également noté de novembre 2006 à janvier 2007 une poussée épidémique de rougeole dans la province des Pouilles. Un garçon de 6 ans en est le point de départ. Quelques jours plus tard, on constatait également une rougeole chez un condisciple et chez un cousin résidant dans une autre ville. Au cours des 8 semaines qui ont suivi, 15 cas ont encore été déclarés. Il s'agissait chaque fois de camarades d'écoles ou de voisins du premier cas. Aucun des enfants contaminés n'était vacciné contre la rougeole. L'âge moyen des malades était de 6,4 ans et 10 des 18 enfants furent hospitalisés. Le virus responsable était du génotype B3, jamais signalé auparavant en Italie.

Serbie

Une épidémie de rougeole est également survenue en Serbie entre janvier et mars 2007. Le premier cas a été identifié en janvier dans la ville de Novi Stad (territoire autonome de Vojvodine). En mi-mars, on dénombrait 121 cas répartis en 3 lieux de la Vojvodine. L'âge moyen des malades était de 13 ans, le plus jeune patient avait moins d'un an et le plus âgé 33 ans. Tous les cas concernaient des enfants non ou incomplètement vaccinés (une seule dose administrée). Presque tous appartenaient à la communauté romanichelle. Un tiers des enfants a dû être hospitalisé.

Barcelone

Une poussée épidémique de rougeole a touché 213 personnes à Barcelone entre le 1er octobre 2006 et le 31 janvier 2007. On attribue le point de départ de cette épidémie à une jeune fille romanichelle âgée de 6 ans en provenance de Roumanie. Elle avait probablement contracté le virus pendant un séjour familial en Italie, où plusieurs autres contaminations ont été établies. La fillette n'était pas vaccinée. L'âge moyen des malades était de 14 mois (avec une dispersion de 2 mois à

50 ans). Au total, 41 des 213 cas ont été hospitalisés. Le virus rougeoleux appartenait au génotype D4.

Paul Geerts

Pour la pratique

Un Comité pour l'Élimination de la Rougeole et de la Rubéole a été mis en place en Belgique. Il a pour mission d'atteindre l'objectif fixé par l'OMS : éliminer la rougeole et la rubéole dans la région européenne pour 2010. Pour réaliser cet objectif, il faut atteindre une couverture vaccinale, avec deux doses de vaccin contre la rougeole et avec au moins une dose contre la rubéole, égale ou supérieure à 95%.

En Belgique, les dernières mesures des couvertures vaccinales ont été réalisées en 2005 et 2006. Elles chiffrent la couverture pour la première dose RRO entre 90 et 95% et pour la deuxième dose à \pm 85%.

Il est donc essentiel :

- d'administrer la première dose à tous les nourrissons vers l'âge de 12 mois
- d'effectuer le rattrapage de vaccination dès que possible chez tous les enfants n'ayant pas reçu cette dose à l'âge recommandé
- d'administrer à tous les enfants la deuxième dose vers 11-12 ans
- d'effectuer le rattrapage de vaccination dès que possible chez tous les adolescents et jeunes adultes n'ayant pas reçu cette 2ème dose à l'âge recommandé.

Signalons également que le Groupe d'études scientifiques de la médecine du voyage recommande la vaccination RRO pour toutes les personnes non vaccinées, nées après 1960, avant un voyage dans un pays en voie de développement.

Source :

www.eurosurveillance.org

La page d'accueil permet de souscrire à l'envoi de messages d'information par voie électronique.

Rotavirus

Analyse coût/efficacité

Sous la direction du professeur Philippe Beutels, économiste de la santé au Centre d'évaluation des vaccinations (Université d'Anvers), le KCE a réalisé une analyse du coût et de l'efficacité d'un programme organisé de vaccination contre le rotavirus. Le rapport conclut que le gain de santé d'une vaccination généralisée des nourrissons est plutôt limité au regard du coût non négligeable pour la communauté. Mais le coût d'un programme organisé de vaccination est inférieur aux coûts de la situation actuelle, où les vaccins sont remboursés après prescription individuelle et administrés à grande échelle.

Le symptôme le plus important des infections à rotavirus est la diarrhée. Celle-ci peut conduire à une déshydratation, rendant parfois nécessaire une hospitalisation de quelques jours. La vaccination sauverait surtout la vie d'enfants dans les pays en développement. En Belgique, des enfants en bonne santé ne décèdent qu'exceptionnellement, ou jamais, des suites d'une diarrhée à rotavirus. Le vaccin oral est administré à des nourrissons de moins de 6 mois (en 2 ou 3 doses, selon le vaccin, avec la première dose à 2 mois). Le vaccin est déjà remboursé par l'INAMI sur prescription, comme un médicament classique, mais n'est pas repris dans les programmes de vaccination cofinancés par les Communautés.

Les chercheurs ont calculé, pour tous les nourrissons en Belgique, le coût de la vaccination, la diminution des hospitalisations et consultations et le gain en qualité de vie pour l'enfant et les parents. Le gain de santé et les coûts de traitement épargnés apparaissent plutôt limités au regard du prix élevé de la vaccination, si bien que le rapport coût/efficacité ne peut être qualifié de réellement attractif, surtout en le comparant à la plupart des autres

programmes de vaccination. Ce rapport s'établit pour chacun des deux vaccins respectivement à 50.000 € (Rotarix™) et à 68.000 € (RotaTeq™) par année de vie en bonne santé gagnée. En comparaison, une étude menée l'année dernière par la même équipe de recherche établissait le coût pour le vaccin contre le pneumocoque (le dernier ajout au programme de vaccination des Communautés) à environ 10.000 € par année de vie en bonne santé gagnée.

Actuellement, le nombre de doses délivrées en pharmacie après prescription par un médecin, si elles sont toutes administrées, permet d'estimer que 85 à 90% des nourrissons seraient vaccinés contre le rotavirus. Du prix approximatif de 155 € par enfant, l'INAMI prend en charge actuellement 134 à 140 €. Dans un scénario de vaccination généralisée, les Autorités peuvent négocier, le plus souvent, une remise significative sur le prix du vaccin, grâce à la grande quantité de vaccins achetés. Dans cette hypothèse, le coût par administration d'un vaccin est, pour les Autorités, bien inférieur que dans la situation actuelle, alors que généralement, plus d'enfants sont vaccinés (ce qui contribue à l'efficacité et à l'équité du programme). Néanmoins, quelle que soit l'hypothèse, la vaccination contre le rotavirus reste un programme de santé présentant un rapport coût/efficacité moins favorable que d'autres interventions préventives.

P. Geerts

Pour la pratique

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination des nourrissons dès l'âge de deux mois. Pour ces deux vaccins, le remboursement est accordé, sans autorisation préalable du médecin-conseil, pour autant que le médecin traitant ait indiqué sur l'ordonnance la mention " 1^{ère} dose " ou " 2^{ème} dose " (ou " 3^{ème} dose "); le pharmacien applique le tiers payant, pour autant qu'il ait contrôlé que le bénéficiaire a moins de 6 mois.

LES OBJECTIFS DE VAX INFO

Transmettre aux médecins intéressés des informations concrètes et pratiques en matière de vaccination.

Faire part des réflexions d'experts quant aux perspectives d'avenir d'une politique vaccinale en Belgique et dans le monde.

Tous les articles publiés sont discutés au sein du Groupe de réflexion scientifique «Vaccinations», composé d'experts issus de toutes les universités belges et d'organismes ou instances, belges ou luxembourgeois, actifs en matière de vaccination.

Ni les auteurs, ni les experts ne sont rétribués pour leur collaboration.

Le choix rédactionnel et le contenu des articles dépendent exclusivement des auteurs, et n'engagent que ceux-ci.

Secrétariat de rédaction
Dr. Patrick Trefois

Editeur responsable: Dr. Patrick Trefois
65, rue Sans Souci - 1050 Bruxelles

Possible grâce à un «unrestricted educational grant» de GlaxoSmithKline.

Chaque numéro de *Vax Info* peut être téléchargé sur www.vaccisurf.be

Source:

Bilcke J, Beutels P, De Smet F, Hanquet G, Van Ranst M, Van Damme P. Cost-effectiveness analysis of rotavirus vaccination of Belgian infants. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007. KCE reports 54C, téléchargeable sur www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?ID=0&SGREF=8945&CRE F=9394

L'étude a été menée sur commande du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et cofinancée par " Simid ", un projet de recherche fondamentale soutenu par l' *Instituut voor Innovatie door Wetenschap en Technologie in Vlaanderen* (IWT)

Si vous vous posez des questions concernant les vaccinations, vous pouvez les adresser au secrétariat de rédaction, 65, rue Sans Souci - 1050 Bruxelles ou par fax : 02/512 54 36.

Un membre du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccinations" y répondra dans un prochain numéro.